Kraków dn. ………………………………………

………………………………………………………………………………………….

 imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

 Dyrekcja

 Szkoły Podstawowej nr 14

 ul. Prof. Wojciecha Marii Bartla 29

 30-389 Kraków

Proszę o wydanie decyzji zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego mojej/ego

córki/syna ………………………………………………………………..……………………………….… ucznia klasy ……..

**zgodnie z załączonym zwolnieniem lekarskim.**

 …………………………………………..….……….

podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za córkę/syna w czasie trwania lekcji

wychowania fizycznego w-f, jeżeli zajęcia te odbywają się na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych

…………………………………….………….………

podpis rodzica (prawnego opiekuna)